

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR

No
261

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri BARDAUD

Interne de l'Asile National des Convalescents de Saint-Maurice
Né le 29 Septembre 1907 à Saint-Paul d'Eyjeaux (Haute-Vienne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ANÉVRISMES LATENTS
DE LA CROSSE DE L'AORTE

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri BARDAUD

Interne de l'Asile National des Convalescents de Saint-Maurice
Né le 29 Septembre 1907 à Saint-Paul d'Eyjeaux (Haute-Vienne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANÉVRISMES LATENTS DE LA CROSSE DE L'AORTE

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ LENORMANT.
	{ CUNÉO.
	{ GRÉGOIRE.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE.
	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHAVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTEP Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTIERER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé....		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand hon-
neur de vouloir bien accepter la
présidence de notre thèse.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL

DE

LIMOGES

A MES MAITRES
DE L'ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS
DE SAINT-MAURICE (Seine)

INTRODUCTION

La latence des anévrismes de la crosse de l'Aorte est bien connue. Les cas ne sont pas rares où cette affection évolue sans signes cliniques et se trouve décelée par un examen radiologique fortuit, ou à l'autopsie.

Des anévrismes, de volume souvent considérable, peuvent ainsi d'une façon paradoxale, être tolérés pendant longtemps et ne pas attirer sur eux l'attention du clinicien.

De nombreux auteurs, étant donnée l'absence fréquente des symptômes cliniques classiquement décrits, se sont efforcés de découvrir des petits signes permettant de soupçonner l'affection.

Eiglier, dans sa Thèse de Montpellier en 1909, avait relevé seize de ces petits signes et insistait sur l'importance de l'examen radioscopique en pareil cas.

En 1913, MM. Maurice Letulle, Dujarier, Aubourg et Patry avaient recueilli vingt-sept observations d'anévrismes, tous latents, découverts à la radioscopie.

Ces auteurs écrivaient : « Qu'on prenne soin de présenter à l'écran toutes les maladies chroniques ;

qu'on fasse défiler non seulement les hypertendus, les athéromateux, les myocardites chroniques et les néphrites, mais encore toute bronchite chronique et tout emphysémateux. Si de plus en y joint la cohorte lamentable des vieux saturnins, des anciens syphilitiques, des cirrhotiques chroniques, innombrables seront les surprises. »

Et plus loin : « L'anévrisme de l'aorte doit être recherché par principe aux rayons X chaque fois qu'on se trouve en présence d'un malade chez lequel on soupçonne à tort ou à raison une tare syphilitique ancienne. »

La découverte et l'étude de ces formes latentes de l'anévrisme de la crosse aortique ne sont pas sans intérêt :

Intérêt thérapeutique d'abord : il est aujourd'hui démontré que l'anévrisme de l'aorte est une lésion syphilitique. Un traitement étiologique peut donc être appliqué. Mené convenablement il donnera dans beaucoup de cas des résultats intéressants.

Intérêt pronostique ensuite : le pronostic sera fondé sur le siège de la poche, sur son volume, sur sa pulsatilité, sur les modifications qui peuvent survenir au cours d'examens ultérieurs.

Intérêt médico-légal enfin : ces malades pouvant mourir subitement.

Pendant notre Internat à l'hôpital de Limoges nous avons pu observer un cas de volumineux anévrisme de la crosse aortique uniquement décelable à l'examen sous l'écran.

Plus tard au cours de notre Internat à l'Asile des Convalescents de Saint-Maurice nous avons eu l'occasion d'assister à des séances de radioscopie où étaient examinés un grand nombre de malades, dont beaucoup porteurs de tares.

Nous avons pu relever là un certain nombre d'anévrismes qui ne se traduisaient par aucun signe permettant de les soupçonner.

Dans un certain nombre de cas, l'anévrisme était absolument latent tant au point de vue des signes physiques qu'au point de vue des signes fonctionnels.

Dans d'autres cas, une analyse minutieuse des symptômes permettait de découvrir un ou plusieurs signes s'appliquant à l'anévrisme de la crosse, tels que dyspnée d'effort, palpitations, douleurs thoraciques, voix rauque. Mais dans tous ces cas nous nous trouvons en présence de malades atteints de lésions pulmonaires chroniques qui suffisaient amplement à expliquer ces symptômes, sans attirer l'attention du côté de l'aorte.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES

Le but de ce chapitre n'est pas d'exposer les signes cliniques et radiologiques de l'anévrisme de la crosse de l'aorte, dans tous leurs détails.

Nous nous proposons d'y étudier les différents aspects cliniques que l'affection peut revêtir, suivant son siège, son développement, son évolution plus ou moins maligne.

Cette étude permet d'expliquer, dans une certaine mesure, pour quelles raisons l'anévrisme peut demeurer latent, dans certains cas, pendant une période assez longue et passer complètement inaperçu du clinicien. Elle permet, en outre, de voir quelles seront les formes les plus susceptibles d'être diagnostiquées cliniquement et celles pour lesquelles l'examen radioscopique sera nécessaire, voire même indispensable.

Les formes cliniques sont multiples. D'une façon générale on peut faire deux parts dans les anévrismes de la crosse de l'aorte :

Les uns se développant en avant et en haut ;

Les autres se développant en arrière, anévrismes médiastinaux.

Les premiers donnent, du fait de leur situation, peu de symptômes fonctionnels et sont les plus susceptibles d'être diagnostiqués cliniquement par les signes physiques qu'ils présentent. Néanmoins, ils peuvent présenter une longue période de latence absolue. L'exploration radiologique est alors seule à pouvoir les révéler.

Pour les autres, du fait de leur développement vers les organes du médiastin, les signes physiques sont très frustes et souvent fort complètement défaut.

Ce sont les signes fonctionnels de compression et d'irritation des organes voisins qui mettront sur la voie du diagnostic.

Les organes pouvant être comprimés et irrités par l'évolution de ces anévrismes médiastinaux sont nombreux.

Leur atteinte se traduira par des symptômes de différentes sortes. On pourra observer :

1° Des phénomènes douloureux thoraciques à type de névralgies souvent intolérables, pouvant parfois simuler l'angine de poitrine.

2° La compression du phrénique gauche se traduisant par de la dyspnée, du hoquet et des points douloureux spéciaux (bouton diaphragmatique de Gueneau de Mussy).

3° La compression du pneumogastrique gauche qui peut entraîner des troubles du rythme cardiaque.

4° La compression du nerf récurrent gauche

entraînant une paralysie de la corde vocale gauche, La voix devient rauque, bitonale, arrive parfois à s'éteindre presque complètement.

5° La compression du sympathique. On attribuait à cette compression l'inégalité pupillaire qu'on observe souvent chez les malades atteints d'anévrisme. Babinski a montré que cette inégalité pupillaire était due à des lésions de syphilis nerveuse.

6° La compression de la trachée et la bronche gauche ; on observera alors de la dyspnée, du tirage, du cornage, une toux caverneuse. L'auscultation montrera une diminution de l'intensité respiratoire à la base ou au sommet du poumon gauche, et un souffle de compression bronchique le plus souvent à droite.

7° La compression de l'œsophage entraînant de la dysphagie et de la sialorrhée.

8° La compression de la veine cave supérieure. On observe alors de la cyanose des lèvres, des pommettes. l'œdème en pèlerine.

Nous voyons, par cette énumération que les anévrismes médiastinaux peuvent attirer l'attention par de nombreuses manifestations fonctionnelles. Chacun de ces signes peut exister isolément ou s'associer à différents autres de la manière la plus variable. Dans certains cas leur étude approfondie pourra faire porter un diagnostic ferme d'anévrisme.

Dans d'autres cas, l'anévrisme sera soupçonné et c'est seulement l'examen sous l'écran qui permettra de conclure d'une façon définitive.

Il peut arriver enfin que ces symptômes fonctionnels soient tellement frustes qu'ils retiennent peu l'attention, et qu'ils se trouvent expliquables par une affection pulmonaire ou cardiaque coexistante. Dans ce cas l'existence de l'anévrisme est révélée au cours d'un examen radioscopique pratiqué en vue de préciser un état pulmonaire ou cardiaque déjà cliniquement reconnu.

Il est donc évident que, dans le diagnostic des anévrismes à évolution médiastinale, l'examen radiologique est de la plus haute importance.

Lui seul permet de confirmer le diagnostic et parfois de découvrir une affection ignorée jusque-là.

Cette importance est encore accrue du fait que les formes médiastinales sont les plus fréquentes.

Nous allons examiner maintenant les diverses formes d'anévrismes suivant leur siège d'implantation sur l'aorte :

1^o L'anévrisme du sinus de Valsalva se manifeste souvent par des symptômes qui font penser à une aortite. La dyspnée et les crises à type angineux sont les signes fonctionnels qu'il présente habituellement.

Son diagnostic ne peut se faire le plus souvent que par l'examen radioscopique.

2^o L'anévrisme de l'aorte ascendante se développe en avant. Il évolue pendant longtemps sans entraîner de troubles de compression. Dans beaucoup de cas son existence est révélée par l'exploration radioscopique.

3^o C'est dans l'anévrisme de la partie moyenne de

la crosse que l'on trouve la symptomatologie la plus nette.

Les compressions médiastinales y sont précoces et caractéristiques.

4^o Quand l'anévrisme siège à la partie descendante de la crosse on voit apparaître la dysphagie, les douleurs thoraciques postérieures. Le cœur peut être refoulé en avant et on constate alors le double jogging impulse de Hope. Dans cette forme l'examen sous l'écran est nécessaire pour pouvoir affirmer le diagnostic.

Si on étudie l'évolution des anévrismes on constate que certains évoluent très lentement. D'autres, au contraire, évoluent rapidement.

Les premiers pourront rester longtemps latents et seront décélés à l'écran. Les autres donneront rapidement des signes physiques ou fonctionnels qui permettront de les faire découvrir.

Dans toutes les formes d'anévrismes l'examen aux rayons X est donc d'un précieux secours, soit qu'il permette de confirmer le diagnostic, soit qu'il se trouve être seul capable de révéler l'existence de la tumeur.

Mais le diagnostic radiologique ne va pas toujours sans difficultés. Il peut se montrer particulièrement délicat.

L'image anévrismale typique se caractérise par ses contours nets, arrondis, animés de battements, par son implantation sur l'aorte.

Les examens pratiqués sous les différentes inci-

dences permettent de localiser le siège et le point d'implantation. Un orthodiagramme nous renseignera sur son volume.

Il arrive souvent que l'on se trouve en présence d'une image atypique. Une étude approfondie est alors nécessaire avant de conclure.

Plusieurs difficultés peuvent se présenter :

1^o L'absence des battements peut s'observer. Elle est due à une réaction péri-anévrismale, ou à la rigidité des parois, ou encore à ce que la poche est comblée par des caillots.

Cette absence de battements n'infirmes donc pas le diagnostic d'anévrisme. De même quand on les observe il faut toujours s'assurer qu'ils sont bien dus à une expansion de la tumeur et non à un mouvement transmis.

2^o L'ombre de la tumeur présente souvent une opacité non homogène, les parties plus foncées correspondent à des plaques d'athérome des parois ou à des caillots.

3^o Un anévrisme de petit volume peut facilement passer inaperçu. Il n'est souvent visible que sous une certaine incidence.

4^o Les tumeurs du médiastin posent un diagnostic plus délicat. Elles peuvent être animées de battements transmis.

Une radiographie est alors d'une grande utilité en montrant leurs bords polycycliques.

5^o Le cancer du poumon peut prêter à des erreurs de diagnostic. MM. Clerc, P. N. Deschamps, Mourrut

et Schwob en ont publié plusieurs cas. Ces auteurs notent « la confusion que peut entraîner l'apparition dans la région juxta-pulmonaire d'une masse volumineuse, jointe à une cachexie plus ou moins accentuée ».

On instituera dans ces cas un traitement anti-syphilitique d'épreuve.

La non-pulsatilité de la tumeur ne doit pas faire rejeter l'hypothèse d'un anévrisme. Pour MM. Laubry et Maingot elle serait, au contraire, un signe qui militerait en sa faveur.

6° La localisation du point d'implantation sur la crosse de l'aorte est parfois impossible dans les anévrismes de gros volume.

L'énumération des difficultés du diagnostic radiologique montre bien qu'il doit être pratiqué avec beaucoup de soins.

Ce n'est qu'après un examen approfondi qu'il est permis de conclure d'une façon formelle.

Nous allons rapporter neuf cas d'anévrismes de la crosse de l'aorte, tous découverts à l'examen radiologique. Tous les malades ainsi examinés étaient atteints d'affections pulmonaires.

Dans tous les cas les signes physiques d'anévrisme faisaient défaut.

Les signes périphériques faisaient également défaut en ce qui concerne huit de nos observations.

Seul, le malade dont il est question dans l'observation V présentait une tension artérielle différente à chaque bras. La différence variait, d'ailleurs, d'un jour à l'autre.

Les signes fonctionnels que l'on pouvait observer dans quelques cas, n'éveillaient pas l'idée d'un anévrisme, pouvant aussi bien s'expliquer par l'état pulmonaire de nos malades.

OBSERVATION I

M. Pierre G..., âgé de 50 ans, est admis en septembre 1930 à l'Hôpital de Limoges dans le Service de notre Maître le Dr BOURGUIGNON, avec le diagnostic de Bronchite et Emphysème.

Ce malade n'est pas fébrile. Il présente une expectoration muco-purulente de moyenne abondance. Il

est légèrement dyspnéique. La percussion du thorax ne décèle rien de notable. L'auscultation nous révèle une respiration soufflante aux deux sommets, surtout marquée au sommet gauche, avec de nombreux ronchus et sibilances disséminés dans l'ensemble des deux poumons.

L'auscultation du cœur, difficile à cause de la bronchite, ne révèle rien de particulier.

On décide de faire pratiquer une radiographie pour préciser l'état des sommets pulmonaires et on institue en même temps un traitement de la bronchite.

A notre grande surprise cette radiographie nous montre une volumineuse ectasie aortique. Nous examinons à nouveau le cœur du malade. L'examen clinique ne révèle rien.

Il est difficile de raffiner sur les bruits du cœur à cause de la bronchite et de l'emphysème. Mais il n'existe aucun signe périphérique d'ectasie.

Le seul signe décelable est une voix bitonale qui ne nous avait pas frappé à notre premier examen, étant donnée la fréquence des troubles de la voix chez les bronchiteux chroniques.

On pratique l'examen radioscopique qui nous montre l'ombre repérée sur le film pulsatile, expansive.

Cet examen nous permet de confirmer la notion d'anévrisme.

Par la suite, après amélioration de la bronchite chronique, l'auscultation du cœur fut facile et nous

permet de constater qu'il n'existait ni souffle ni claquement. La respiration du côté gauche était un peu plus rude, mais nous pensons que chez cet emphysémateux il eût été impossible de faire le diagnostic sans la radio.

D'autre part, en dehors de l'ectasie aortique, il n'existait aucun signe de spécificité.

Cependant, et comme il n'y avait aucun symptôme d'insuffisance cardiaque, nous avons tenté un traitement prudent au cyanure de mercure qui entraîna malheureusement une diarrhée et nous obligea à renoncer à cette thérapeutique.

Nous n'avons pas suivi plus longtemps l'évolution de notre malade qui se trouvant amélioré quitte l'hôpital au bout de quelques jours.

OBSERVATION II

Jacques H..., 49 ans, journalier entre à l'Asile des Convalescents le 19 décembre 1930.

C'est un homme amaigri, légèrement dyspnéique.

Il nous apprend qu'il tousse tous les hivers, qu'il est obligé d'interrompre souvent son travail pour se soigner.

Il vient de suivre un traitement par révulsion thoracique et potions calmantes et se trouve nettement amélioré. Il n'a jamais eu d'hémoptysie. La recherche du bacille de Koch dans ses crachats a été négative à plusieurs reprises.

Dans ses antécédents on note une congestion pulmonaire en 1915. Il affirme n'avoir jamais contracté la syphilis.

A l'examen des poumons, on note des lésions d'emphysème et de bronchite.

Le cœur est régulier. La matité pré-cordiale semble normale. L'auscultation ne révèle aucune lésion. La tension artérielle est de 15-9 à l'appareil de Vaquez-Laubry.

Le système nerveux semble indemne. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

On pratique un examen radioscopique pour préciser l'état pulmonaire du malade.

Cet examen nous montre une grisaille généralisée des deux poumons, un cœur normal, et nous permet de découvrir un anévrisme de la crosse aortique dont de volume atteint presque celui du cœur.

OBSERVATION III

Jules G..., 55, ans épicier, entre à l'Asile le 22 avril 1931 avec le diagnostic de bronchite, après un court séjour à l'hôpital.

Dans ses antécédents on note une pneumonie gauche en mai 1930. Il prétend n'avoir jamais contracté de maladie vénérienne.

Il se trouve actuellement très amélioré.

Son état général est bon.

L'examen pulmonaire révèle une légère diminution de l'intensité du murmure vésiculaire à gauche.

Le cœur ne présente aucune lésion.

Les autres appareils paraissent indemnes.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

On pratique un examen radioscopique qui permet de découvrir un anévrisme de faible volume de la partie supérieure de l'aorte ascendante à développement postérieur.

OBSERVATION IV

Jules N..., 62 ans, gardien de nuit, entre à l'Asile des Convalescents, le 11 août 1931. Il a été traité à l'hôpital pour bronchite.

L'interrogatoire nous apprend que ce malade a contracté la syphilis à l'âge de 32 ans. Il s'est traité assez irrégulièrement et le traitement a été institué assez longtemps après l'accident initial. On note une leucoplasie buccale nette.

A l'examen pulmonaire on trouve des lésions importantes de bronchite diffuse.

L'examen du cœur révèle un premier bruit normal, et un deuxième bruit à timbre piaulant.

Le pouls est régulier. La tension artérielle est de 17-11 aux deux bras à l'appareil de Vaquez-Laubry. Les artères sont dures.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont faibles.

La pupille droite est en myosis et réagit faiblement à la lumière. Le malade a perdu l'œil gauche à la suite d'un accident.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'abondance de l'expectoration et la persistance de la toux nous incitent à pratiquer un examen radioscopique.

Cet examen nous montre les sommets pulmonaires obscurs et s'éclairant mal à la toux, des poumons gris dans l'ensemble.

Il nous permet de découvrir un anévrisme de la partie ascendante de la crosse de l'aorte en avant, près de sa base, du volume d'une très grosse noix.

OBSERVATION V

Un sujet russe, âgé de 31 ans, venant de la Pitié entre le 16 octobre 1931 à l'Asile National des Convalescents dans le service du Dr Lévy, avec le diagnostic « bronchite ».

Comme il est fébricitant, qu'il tousse, nous le mettons à l'infirmerie, suspectant une bacillose pulmonaire. Le malade, qui a conservé un bon état général, se plaint uniquement d'une gêne respiratoire vague qu'il localise à la région sternale.

C'est un homme vigoureux d'apparence et bien constitué.

Il s'exhibait, il y a moins d'un an, dans un cirque au trapèze.

A l'inspection : thorax bien développé. Rien d'anormal.

A la percussion : les deux bases sont un peu mates.

Matité cardio-aortique normale, ne débordant guère le bord droit du sternum.

A l'auscultation : Quelques râles en arrière dans l'espace scapulo-vertébral. Rien au cœur.

La tension artérielle, instable d'un jour à l'autre, accuse le 27 octobre : 10-15 au bras gauche et 9-5 au bras droit.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Une radiographie s'imposait.

Nous trouvons des hiles chargés, un aspect pommelé des plages pulmonaires, des sommets clairs, un cœur normal, mais une aorte dilatée dont la limite supérieure se projette, en arrière, sur la naissance du 2^e arc costal et, en avant, sur l'articulation sterno-claviculaire. Latéralement, l'ombre aortique s'étale comme une paume de main.

Nous questionnons le malade sur ses antécédents en insistant sur une syphilis possible. Les parents sont morts âgés et lui-même n'avoue aucune maladie vénérienne. Il ne porte aucun stigmate d'hérédosyphilis. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée ailleurs, s'était révélée négative.

Les jours suivants, l'oppression diminue, la fièvre tombe, le malade se lève et comme son état, qui n'a jamais été alarmant, s'améliore chaque jour, il est question de le faire sortir.

Dans la nuit du 9 novembre, nous sommes appelé d'urgence. Le malade est au plus mal ; nous le trouvons dans le coma, en proie à une dyspnée stertoreuse le facies pâle. L'expiration est prolongée et bruyante.

Tous les réflexes tendineux sont abolis. Les réflexes cornéen et crémastérien sont conservés. La température tombe à 35,9. La tension artérielle est montée à 22. Nous pratiquons une saignée abondante, le malade est pris soudain d'une agitation convulsive, les mâchoires sont serrées, les yeux révoltés, une écume blanchâtre sort des lèvres.

Sous l'influence d'une saignée et de la morphine il se calme et sort progressivement de son coma.

Le surlendemain, une crise semblable survient et dès lors l'hypothèse d'une épilepsie généralisée mais atypique s'imposait à nous.

Le Dr Lévy nous conseille de conduire ce malade à l'hôpital Broussais et de le soumettre au Dr Ch. Laubry afin de savoir s'il peut exister une relation entre l'ectasie aortique et les crises épileptiformes.

En l'absence de celui-ci, le Dr Walser voulut bien nous recevoir et examiner lui-même le malade.

Comme nous, il reconnut qu'il n'existait aucun signe clinique. Il ajoute que s'il n'existait pas un rapport absolu entre l'ectasie aortique et les attaques convulsives, celles-ci au moins pouvaient provenir d'une irritation méningée dont l'étiologie syphilitique ne pouvait faire aucun doute.

Durant l'examen à l'hôpital Broussais, le malade est pris d'une crise d'asphyxie brutale qui se termine par une agitation convulsive semblable à celle que nous avions déjà observée. Le malade est conservé dans le service.

C'était le 12 novembre.

Le 14 novembre, malgré les soins qui furent prodigués à notre malade et une trachéotomie pratiquée à toute extrémité, il succombait au cours d'une crise de suffocation.

L'autopsie put être pratiquée.

Le cœur était normal.

La crosse était le siège d'une ectasie depuis sa racine ventriculaire jusqu'à sa terminaison soit au flanc gauche de la 4^e vertèbre dorsale.

Elle refoulait, en les comprimant fortement la veine cave supérieure à droite, l'artère pulmonaire droite en arrière, la trachée et la bronche gauche.

De plus, il existait plusieurs anévrysmes. L'un d'eux le plus volumineux, siégeait à l'union des portions ascendante et horizontale de la crosse, du côté droit, du volume d'une mandarine.

La poche anévrysmale était remplie d'un caillot cruorique et peu adhérent.

Deux autres anévrysmes de moindres dimensions siégeaient côte à côte sur la face postérieure de la portion horizontale de la crosse et ils avaient refoulé en avant, en les faisant basculer, le tronc brachio-céphalique, la sous-clavière et la carotide gauche.

Il existait une péri-aortite intense qui englobait toute la portion du médiastin sus-jacente au cœur. La dissection des principaux organes, tels que la trachée et les artères pulmonaires, était rendue très difficile par un fouillis inextricable de tissu conjonctif du type granuleux.

Quant au pneumogastrique et au récurrent gauches

il ne fut pas possible de les retrouver. Leur confusion et l'atteinte névritique dont ils étaient probablement l'objet pouvaient contribuer à provoquer les accidents paroxystiques que nous avons observés conjointement à la compression mécanique des vaisseaux et à la médiastinite.

Signalons, enfin, que l'aorte ne comportait aucune plaque d'athérome, sa musculature présentant des travées isolées réalisant ainsi le type d'anévrisme disséquant.

OBSERVATION VI

Adolphe W..., 57 ans, journalier, est admis à l'Asile des Convalescents, le 27 novembre 1931.

Il va accomplir son troisième séjour à l'Asile.

Il y est venu pour la première fois en mars 1927. La fiche médicale de l'époque nous apprend qu'on a porté alors le diagnostic de bronchite chronique. Il est venu de nouveau en septembre 1927 pour la même affection.

Quand nous l'examinons, il nous apprend qu'il a été traité pendant neuf jours pour une toux opiniâtre et une expectoration abondante.

Il tousse encore, mais crache beaucoup moins. Sa voix est rauque.

Plusieurs examens ont montré l'absence de bacilles de Koch dans les crachats.

A l'examen des poumons, nous trouvons une sub-

matité des deux sommets, de nombreux râles ronflants et sibillants.

Au cœur, on note un léger souffle systolique mitral.

La tension est de 13-7 à l'appareil de Vaquez-Laubry.

L'examen des différents organes ne fait rien apparaître de particulier. Le malade prétend ne jamais avoir contracté la syphilis.

Nous pratiquons un examen radioscopique pour contrôler l'état pulmonaire. Cet examen nous permet de constater une obscurité du sommet du poumon droit et des deux tiers supérieurs du poumon gauche — et nous fait découvrir un anévrisme de la crosse de l'aorte de très gros volume dont il est difficile de préciser le point d'implantation.

OBSERVATION VII

M. Charles S..., 49 ans, journalier, entre à l'Asile des Convalescents le 21 mai 1932, après un long séjour à l'hôpital pour fistule anale persistante.

A l'examen local on trouve un double trajet fistuleux.

Une suppuration persiste et nécessite des pansements quotidiens.

L'état général est médiocre. Le malade est considérablement amaigri, le teint très pâle.

A l'examen pulmonaire on note une submatité de la base gauche avec diminution notable de l'intensité

respiratoire ; aux deux sommets une respiration humée d'emphysémateux.

Le cœur est rapide, sans lésions orificielles.

La tension est de 14-8 à l'appareil de Vaquez-Laubry.

Au point de vue nerveux on note une inégalité pupillaire. Les réflexes sont normaux.

Le malade avoue avoir contracté la syphilis en 1917 et dit avoir suivi un traitement sérieux.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Une recherche des bacilles de Koch dans les crachats est négative.

Le malade, fatigué, dit-il, de vivre à l'hôpital, rentre chez lui avant qu'un examen sous l'écran ait pu être pratiqué.

Il nous revient le 6 septembre 1932. Son état est loin de s'être amélioré.

On pratique alors un examen radioscopique qui nous montre un poumon gauche obscur — et nous permet de découvrir un anévrisme volumineux, remontant jusqu'aux clavicules.

OBSERVATION VIII

Jean C..., journalier, 55 ans, entre à l'Asile des Convalescents le 2 novembre 1932, pour la septième fois.

Il a séjourné :

1^o En janvier 1926 pour emphysème.

2^o En décembre 1926 pour bronchite.

3^o En mai 1928 pour insuffisance hépatique d'origine éthylique.

4^o En octobre 1929 pour bronchite chronique et début de cirrhose éthylique.

5^o En décembre 1929 pour une dermatose.

6^o En juin 1931 pour abcès froid de la région sacrée.

Quand nous l'examinons, en novembre 1932, il présente une cirrhose de Laënnec.

L'interrogatoire révèle un passé éthylique particulièrement chargé et un chancre syphilitique contracté en 1909.

Le malade prétend avoir suivi des traitements réguliers.

Les poumons présentent des lésions d'emphysème et des râles congestifs aux deux bases.

Le cœur est sourd, sans lésions d'orifice.

L'examen du système nerveux fait apparaître seulement une diminution des réflexes rotuliens.

Le 11 novembre, ce malade est pris brusquement de douleurs thoraciques violentes et d'oppression. On note une légère élévation de température et quelques crachats hémoptoïques.

Le 14 novembre, nous l'examinons à la radioscopie.

On trouve un voile de la base du poumon gauche, avec comblement du sinus costo-diaphragmatique et des hiles chargés.

Le cœur est normal.

On découvre un anévrisme de petit volume dépendant du bord droit de l'aorte ascendante.

OBSERVATION IX

Italo M..., 73 ans, menuisier, entre à l'Asile des Convalescents, le 8 février 1933 avec le diagnostic de bronchite.

Cet homme est pâle, amaigri, d'un état général médiocre.

Il se plaint de vertiges fréquents et de crises paroxystiques de dyspnée. Sa voix est faible.

Il tousse énormément. L'expectoration est mucopurulente, ne renfermant pas de bacilles de Koch.

Les poumons présentent de fortes lésions de bronchite et d'emphysème.

La percussion de la région pré-cordiale ne montre rien de notable. Les bruits du cœur sont assourdis ; on ne trouve aucune lésion d'orifice. La tension est de 13-8 à l'appareil de Vaquez-Laubry.

Le foie semble de volume normal, il n'est pas douloureux.

La rate semble normale.

Les pupilles sont en myosis, ne réagissant que faiblement à la lumière.

On note un léger œdème de malléoles.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le malade prétend n'avoir jamais contracté la syphilis. Un examen radiologique est pratiqué qui permet de découvrir un gros anévrisme de la crosse de l'aorte.

CONCLUSIONS

Les anévrismes de la crosse de l'aorte décelables seulement par l'examen radiologique sont relativement fréquents.

Le diagnostic de ces formes latentes est d'un grand intérêt.

Il permet d'appliquer plus précocement un traitement susceptible de retarder l'évolution et de reculer l'échéance fatale.

L'anévrisme de la crosse de l'aorte doit être recherché systématiquement par l'exploration sous l'écran, chaque fois que l'on soupçonne chez un malade une atteinte syphilitique ancienne.

VU :

Le Président de la Thèse,

F. BEZANÇON.

VU :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- CH. AUBERTIN. — *Maladie de l'aorte.*
- BECLÈRE et COTTENOT. — *Radiologie.*
- BROUSTET, LAFITTE et BEAUMONT. — A propos de deux cas d'anévrisme de l'aorte (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 10 février 1932, n° 4, 109^e année).
- CLERC et NOEL DESCHAMPS. — Cœur et Vaisseaux (*Précis de Pathologie Médicale*).
- A. CLERC, P. NOEL, DESCHAMPS et R. SCHOWB. — Volumineux anévrisme disséquant aortique ayant simulé un néoplasme pulmonaire (*La Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 7, Séance du 20 février 1931, p. 280).
- DEXCHAMPS, MOURRUT. — Anévrisme de l'aorte thoracique simulant un cancer primitif du poumon (*Bull. et Mém., de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 2, 26 janvier 1931).
- EIGLIER. — Thèse de Montpellier (1909).
- GATE, COSTE, BILLA AULAGNIER. — Volumineux anévrisme de l'aorte ascendante décelé à la radioscopie (*Soc. Méd. des Hôp. Lyon*, 17 avril 1928).
- M. JACOB. — Sur un cas d'anévrisme de l'aorte ascendante cliniquement latent (*Soc. de Méd. Militaire Franç.*, séance du 21 mai 1931.).
- LETULLE, DUJARIER, AUBOURG-PATRY. — *Société Médicale des Hôpitaux* (Séance du 4 avril 1913).
- LUBET et RAGANAU. — A propos d'un anévrisme latent de la portion ascendante de l'aorte (*Sté de Médecine Militaire Française*, 26^e année, mai 1932, n° 5, p. 104).

Daniel ROUTIER et R. HEIM DE BALSAC. — Découverte radiologique d'un petit anévrisme aortique (*Bull. et Mém. Sté de Radiologie médicale de France*, 20^e année, n^o 187. Mars 1932).
SALOT et FROMMEL. — *Arch. des Maladies du cœur*, 1923.

